

ALLEGATO 3 INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

AVVERTENZA

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente/aderente il presente documento, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione (fatto salvo si tratti di un contratto IBIP distribuito da intermediari iscritti nella sezione D del RUI, applicandosi in tal caso la disciplina dettata dalla Consob), di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.

PARTE I – INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI:

Sezione I – Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.IVASS.it)

- a) Banca Nazionale del Lavoro SpA attività di intermediazione tramite internet
- b) Banca Nazionale del Lavoro (di seguito "BNL") con sede in Viale Altiero Spinelli, 30 – 00157 Roma iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D
- c) recapito telefonico +39 06/47021; mail: indirizzo internet www.bnl.it e www.hellobank.it casella e-mail centro_relazioni_clientela@bnlmail.com; PEC assicurazioni@pec.bnlmail.com
- d) si segnala che l'IVASS è l'Istituto competente alla vigilanza sull'attività di distribuzione svolta.

Sezione II - Informazioni sull'attività svolta dall'intermediario assicurativo e riassicurativo

- a.** la Banca ha messo a disposizione nei propri locali oppure pubblicato sui propri siti internet i seguenti elenchi:
1. elenco recante la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali la Banca ha rapporti d'affari, anche sulla base di una collaborazione orizzontale o di lettere di incarico;
 2. elenco degli obblighi di comportamento cui adempiono, indicati nell'allegato 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018
- b.** nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza è possibile per il contraente/aderente richiedere la consegna o la trasmissione dell'elenco sub a.1.

Sezione III - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Si precisa che

- a) La Banca Nazionale del Lavoro SpA, società soggetta ad attività di direzione e coordinamento del socio unico BNP Paribas, non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.
- b) BNP Paribas detiene il gruppo Cardif. In particolare, BNP Paribas Cardif SA controlla, in quanto suo socio unico, la compagnia assicurativa di cui sono intermediati i prodotti. BNP Paribas SA è detentrica di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale dell'intermediario (cioè la BNL, in quanto suo socio unico).

Sezione IV - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, il contraente ha facoltà di inoltrare reclamo che riguarda:

- il comportamento della Compagnia o la violazione, da parte della stessa Compagnia, di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri), direttamente alla Compagnia, come anche indicato nel DIP aggiuntivo, tramite:

- posta ordinaria a:
CARDIF - Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano
- fax: 02-77224265
- e-mail: reclami@cardif.com

- il comportamento dell'intermediario, o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), tramite:

- posta ordinaria a:
BNL Gruppo BNP Paribas
Ufficio Reclami
Viale Altiero Spinelli, 30 - 00157 Roma
- per e-mail a: reclami@bnlmail.com
- per posta certificata a: reclami@pec.bnlmail.com

Il reclamo sarà trattato dall'apposita funzione reclami dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario che avrà cura di rispondere entro quarantacinque giorni dalla presentazione del reclamo.

Inoltre il contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo ovvero in caso di mancata risposta entro i termini di legge, può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa di assicurazione ovvero può rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale indicati nel DIP aggiuntivo.



ALLEGATO 4

INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

Banca Nazionale del Lavoro iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D.

PARTE I – INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI

Sezione I – Informazioni sul modello di distribuzione

Il distributore agisce in nome e per conto dell'impresa assicuratrice di cui sono offerti i prodotti che è *Cardif Assurance Risques Divers*

Sezione II – Informazione sull'attività di distribuzione e consulenza

Banca Nazionale del Lavoro SpA:

- a) non fornisce consulenza ai sensi dell'articolo 119-ter, comma 3, del Codice, ovvero una raccomandazione personalizzata
- b) non distribuisce in modo esclusivo i contratti di una o più imprese di assicurazione
- c) propone il contratto in assenza di obblighi contrattuali che le impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione

Sezione III – Informazioni relative alle remunerazioni

BNL, in relazione al contratto di assicurazione di cui sopra / all'oggetto / al titolo, percepisce una commissione monetaria calcolata come percentuale sui premi imponibili pagati dal cliente. L'attività svolta dalla Banca, oltre che attraverso commissioni, può essere inoltre remunerata anche attraverso una ripartizione dell'utile tecnico inatteso positivo, inteso come il rapporto tra il totale dei premi pagati e il costo dei sinistri, sostenuto dalla Compagnia generati a seguito di una sana e prudente gestione assicurativa da parte della Compagnia assicurativa: nello specifico, con cadenza annuale, solo in caso di utile tecnico inatteso positivo relativo alla gestione di tutto il portafoglio, BNL percepirà una quota monetaria aggiuntiva rispetto all'introito commissionale. I prodotti assicurativi in determinati periodi dell'anno potranno inoltre essere oggetto di iniziative che permetteranno ai consulenti BNL di prendere parte a speciali sessioni formative.

Sezione IV – Informazioni sul pagamento dei premi

- a) i premi pagati dal contraente all'intermediario e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso
- b) le modalità di pagamento dei premi ammesse:
 - 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;



3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.



ALLEGATO 4 - TER

ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

Il distributore ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e il collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.

Si specifica che Banca Nazionale del Lavoro consegna, per maggiore trasparenza nei confronti della propria clientela, tale documento anche nei casi di vendita diversi da offerta fuori sede o in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza.

Banca Nazionale del Lavoro iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D.

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- a. obbligo di consegna al contraente dell'allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione, di metterlo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e di pubblicarlo sul sito internet, ove esistente
- b. obbligo di consegna dell'allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione
- c. obbligo di consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente
- d. obbligo di proporre o raccomandare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine, ogni utile informazione
- e. se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, obbligo di informare il contraente di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito
- f. obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di cui all'articolo 30-decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto
- g. obbligo di fornire in forma chiara e comprensibile le informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto: Polizza Collettiva n. 5258/02 (canale Web)
Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto "Salute" è una soluzione assicurativa, in forma di Polizza collettiva, che tutela la persona in caso di malattia o infortunio.

La polizza ha due versioni: "Opzione Singolo" e "Opzione Nucleo" ed è sottoscrivibile tramite tecniche di comunicazione a distanza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Indennità da Infortunio:** Indennità fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di lesione tabellarizzata: fino ad un massimo di 100.000 Euro
- ✓ **Invalità Permanente da Infortunio** pari o superiore a 67% : massimale pari a 100.000 Euro
- ✓ **Diaria da Infortunio e Malattia** per Ricoveri ospedalieri superiori a 2 giorni: indennità pari a 40 Euro al giorno.
Prestazione massima: 2.400 Euro (40 Euro al giorno x massimo 60 giorni di Ricovero).
La garanzia è soggetta ad una carenza di 30 giorni.



Che cosa NON è assicurato?

- × persone fisiche non titolari di un conto corrente BNL
- × cliente con età superiore ai 64 anni al momento dell'adesione
- × cliente con età superiore ai 70 anni alla scadenza dell'Anno Assicurativo
- × per i soli figli conviventi: un'età al momento dell'adesione non superiore a 24 anni

Sono previste limitazioni legate alla residenza/domicilio del Aderente/Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- ! dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende, azioni intenzionali quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria e sinistri provocati intenzionalmente dall'Assicurato;
- ! sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ! infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;
- ! cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;
- ! sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;
- ! infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- ! infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ! infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
- ! infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;
- ! infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helsnow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
- ! ogni lesione non tabellarizzata;
- ! interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- ! ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
- ! ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
- ! ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete prestando molta attenzione a quanto riportato nella modulistica.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Adesione risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenziano sin d'ora che non avrebbero consentito alla conclusione del contratto se avessero conosciuto la reale situazione. Pertanto, potrà rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa degli stessi Sinistri. Inoltre, hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di polizza.

In caso di sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.



Quando e come devo pagare?

Puoi optare per un pagamento in un'unica soluzione oppure frazionare il premio mensilmente; tale scelta è modificabile anche nel corso dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, in mancanza di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

Per esercitare tale diritto, dovrai inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R, fax o e-mail almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione Salute



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Polizza Collettiva n. 5258/02 (canale Web)

Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D. M. del 27.02.1989; P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153; tel. 02.77224.1; sito internet: www.bnpparibascardif.it email: servizioclienti@cardif.com; pec: cardifrd@pec.cardif.it

Cardif Assurance Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con l'Aderente.

INDENNITÀ DA INFORTUNIO

Cardif offre una copertura per le Lesioni derivanti da Infortunio, purché si tratti di una delle Lesioni tabellarizzate in Polizza. Cardif liquida una Indennità nella misura fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di Lesione tabellarizzata.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Cardif copre il rischio di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio in misura pari o superiore a 67%.

DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Cardif copre il rischio di Ricovero Ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e/o Malattia.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio	Non sono previste riduzioni di premio
----------------------	---------------------------------------

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio Aggiuntivo	La Polizza prevede la possibilità di scegliere tra due Opzioni: <ul style="list-style-type: none">• Opzione "Singolo"• Opzione "Nucleo" che prevede una maggiorazione del premio rispetto all'Opzione "Singolo"
-------------------	--



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<ul style="list-style-type: none">• l'Aderente/Assicurato non ha il proprio domicilio abituale/residenza in Italia;• l'Aderente/Assicurato fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);• non è assicurata l'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.
----------------	--



Ci sono limiti di copertura?

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia prevede la seguente franchigia: **non è coperta l'Invalidità Permanente di grado inferiore al 67%.**

DIARIA DA INFORTUNIO E MALATTIA

La garanzia è sottoposta ad un **Periodo di Franchigia relativa di 2 giorni**.

Per il ricovero a seguito di Malattia, la garanzia è soggetta ad un **periodo di Carenza di 30 giorni**.




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di Sinistro, si raccomanda l'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.900.780 (dall'estero +39 02.77224686), dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00. I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif a mezzo posta o tramite email, ai seguenti recapiti: Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri Casella Postale 421 20123 Milano (MI) email: documentisinistriprotezione@cardif.com Ai fini della liquidazione dei Sinistri dovrà essere consegnata a Cardif tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. La Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritenga necessaria per la corretta valutazione del Sinistro. In particolare, salvo eventuali integrazioni richieste dall'assicuratore, i documenti necessari per le garanzie assicurate sono i seguenti: <ul style="list-style-type: none">• denuncia scritta del Sinistro;• copia del documento di identità dell'Assicurato;• documentazione sanitaria (ad esempio verbale di pronto soccorso) e strumentale (ad esempio: Rx, ecografia, TAC, RMN) comprovante la lesione, completa di indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché di una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;• lettera di dimissione e copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero;• stato di famiglia (per le coperture riguardanti l'intero nucleo familiare). L'Assicurato deve inoltre: <ul style="list-style-type: none">• sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;• consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia di Cardif, il costo delle quali sarà a totale carico di Cardif medesima. Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta. In ogni caso, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni solo previo incasso dei premi dovuti.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: Non prevista
	Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	Cardif si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione richiesta.




Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio è indicato nel Modulo di Adesione e comprende l'imposta di Assicurazione. Il premio può essere corrisposto con frazionamento mensile o annuale.
Rimborso	Il rimborso del premio avviene al netto delle imposte in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità e in caso di esercizio del diritto di ripensamento. La Compagnia provvede a rimborsarti il Premio versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Puoi esercitare il diritto di ripensamento (o recesso) dall'Assicurazione entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza compilando l'apposito modulo disponibile presso le Filiali BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809 email: lineapersone@cardif.com</p> <p>Cardif provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte al Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.</p> <p>L'esercizio del diritto di ripensamento determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del ripensamento. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine del ripensamento, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p> <p>Sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Assicurato, tramite l'inserimento dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura di recesso.</p>
Risoluzione	<p>Cardif può recedere dall'assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).</p> <p>La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.</p>

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è dedicato a tutti i clienti BNL.	

 Quali costi devo sostenere?	
costi di intermediazione:	
<ul style="list-style-type: none"> • 30% del premio imponibile 	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>È possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano e-mail: reclami@cardif.com fax 02 7722 4265</p> <p>È possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it.</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:</p> <p style="text-align: center;">IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma</p>

	<p style="text-align: center;">ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206</p> <p>Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.</p> <p>L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato; • per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile sul sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

POLIZZA COLLETTIVA SALUTE - Web

PROTEZIONE SALUTE

Polizza n. 5258/02

Edizione 03/2021

*La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente
le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"*



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	1 di 19
Glossario	1 di 19
Norme che regolano le Garanzie Assicurative	3 di 19
Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?	3 di 19
Art. 2. Chi si può assicurare?	3 di 19
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	3 di 19
Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?	4 di 19
Art. 5. Quali sono le prestazioni?	4 di 19
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	5 di 19
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	6 di 19
Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative?	7 di 19
Art. 9. Ci sono limiti alle prestazioni della Compagnia?	7 di 19
Art. 10. Quali sono i Massimali?	7 di 19
Art. 11. Come si calcola e come si paga il Premio?	7 di 19
Art. 12. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?	7 di 19
Art. 13. Dove valgono le Garanzie Assicurative?	7 di 19
Art. 14. Si può recedere dall'Assicurazione?	7 di 19
Art. 15. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?	8 di 19
Art. 16. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?	8 di 19
Art. 17. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?	8 di 19
Art. 18. Come comunicare con la Compagnia?	8 di 19
Art. 19. Cosa fare in caso di altre garanzie assicurative per il medesimo rischio?	9 di 19
Art. 20. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?	9 di 19
Art. 21. Oneri	9 di 19
Art. 22. Quale legge si applica?	9 di 19
Art. 23. Qual è il foro competente in caso di controversia?	9 di 19
Gestione del Sinistro	9 di 19
Art. 24. Come si denuncia un Sinistro?	9 di 19
Art. 25. Quando sarà pagato l'indennizzo?	10 di 19
Reclami	11 di 19
Art. 26. A chi inviare un eventuale reclamo?	11 di 19
Protezione dei dati personali	12 di 19
Art. 27. Protezione dei dati personali	12 di 19
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza Collettiva Salute n.5258/02	16 di 19
Tabella indennizzi - Allegato A - INDENNITA' DA INFORTUNIO	17 di 19



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

La Polizza in sintesi

La Polizza Salute n. 5258/02 è una Polizza facoltativa che offre una protezione a tutela della salute della persona in caso di Infortunio e Malattia. La Polizza ha due versioni: "Opzione Singolo" ed "Opzione Nucleo". È sottoscrivibile mediante tecniche di comunicazione a distanza.

Che cos'è

Le garanzie offerte dal prodotto, una per una

La Polizza Salute n. 5258/02 è composta dalle seguenti garanzie:

1. **Indennità da Infortunio:** fino ad un massimo di 100.000 Euro;
2. **Invalità Permanente da Infortunio:** fino ad un massimo di 100.000 Euro;
3. **Diarìa da Ricovero ospedaliero da Infortunio e Malattia:** fino ad un massimo di 2.400 Euro corrispondenti a 40 Euro al giorno per un massimo di 60 giorni di Ricovero

Chi e cosa copre

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione e le relative garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste negli articoli di seguito riportati. Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.

Il presente contratto è concluso con Tecniche di comunicazione a distanza nel rispetto della normativa prevista dal Codice del Consumo. L'adesione al contratto avviene sul sito web della Contraente accedendo all'area personale e privata dell'Aderente/Assicurato e sottoscrivendo in forma elettronica il Modulo di adesione alla Polizza tramite i codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password).

Modalità di
conclusione del
contratto

In caso di Sinistro/Informazioni
numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77224686
dalle 8.30 alle 19.00 (da lunedì a venerdì) dalle 9.00 alle 13.00 (al sabato)



Da tenere a mente

Glossario

Aderente

La persona fisica che ha aderito alla Polizza.

Assicurato

La persona fisica che ha aderito alla Polizza e per la quale è prestata l'assicurazione, in relazione ad eventi che occorrono a sé ovvero, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura, anche ai componenti del suo Nucleo Familiare.

Assicuratore, Compagnia

Cardif Assurances Risques Divers, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Attività Sportiva Professionistica

Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario

Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Cartella clinica

Documento redatto sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati e diario clinico.

Contraente

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., iscritta al n. D000201446 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi

di cui all'art. 109 del D. Lgs. del 2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, che stipula la Polizza per conto dei propri clienti titolari di conto corrente e che propone l'adesione alla copertura su incarico della Compagnia.

Data di Decorrenza

La data indicata sul Modulo di Adesione dalla quale la Polizza è efficace.

Firma Elettronica

Utilizzo abbinato di PIN e OTP ossia l'insieme dei dati in forma elettronica, allegati oppure connessi tramite associazione logica ad altri dati elettronici, utilizzati come metodo di autenticazione informatica. In particolare, l'utilizzo abbinato di PIN e OTP, strumenti sui quali l'utente può conservare un controllo esclusivo, costituisce un'ipotesi di firma elettronica avanzata. Pertanto consente l'identificazione del firmatario del Modulo di adesione alla Polizza con esso sottoscritto, garantisce la connessione univoca del contratto di assicurazione al firmatario medesimo, nonché la possibilità di rilevare se lo stesso contratto sia stato successivamente modificato.

Indennizzo, Indennità, Prestazione

L'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Tecnica terapeutica cruenta effettuata mediante l'uso di strumenti operatori, realizzata con diresi, emostasi, sintesi e sutura dei tessuti, finalizzata a migliorare lo stato clinico del paziente, dietro espresso parere specialistico.

Invalità Permanente o IP

La perdita definitiva ed irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura

Istituto universitario, ospedale, clinica o casa di cura, autorizzati a prestare assistenza ospedaliera tramite Ricovero o Day Hospital. Sono esclusi stabilimenti termali, centri benessere e strutture con prevalente finalità estetica o dietologica e quelle per Convalescenza o Lungodegenza.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di



Assicurazione.

Lesione

Alterazione dello stato fisico, quando è generata da energia meccanica configura un trauma nell'organismo.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Modulo di Adesione

Documento da sottoscrivere ai fini dell'accesso alle coperture assicurative offerte dall'Assicuratore, in relazione ad eventi che occorrono all'Aderente ovvero anche ai componenti del suo Nucleo Familiare. La sottoscrizione avviene con firma elettronica, tramite inserimento sul sito web della Contraente, nell'area personale e privata dell'Aderente dedicata al prodotto, dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password).

Nucleo familiare

Il coniuge, il convivente more uxorio o i figli dell'Assicurato presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura.

OTP (One Time Password)

Password numerica fornita tramite lo strumento token. In abbinamento al PIN è utilizzata per la sottoscrizione in forma elettronica del Modulo di Adesione nella sezione dedicata dell'area personale e privata del titolare del sito web della Contraente.

Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region")

S'intendono i Paesi sottoposti ad embargo totale che, salvo successivi aggiornamenti, ad oggi risultano essere Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli.

Pass BNL

Dispositivo che permette di effettuare operazioni di

Home Banking mediante la generazione di password non intercettabili.

Periodo di Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Prestazione. Quando la franchigia è Relativa, in caso di superamento del Periodo di Franchigia, la Prestazione è dovuta per l'intero.

PIN (Personal Identification Number)

Numero di identificazione personale che consente al titolare l'accesso alla propria area personale e privata del sito web della Contraente, nella sezione dedicata di tale area, la sottoscrizione in forma elettronica del Modulo di Adesione alla Polizza. Il PIN è consegnato in busta chiusa e riservata dal Contraente ai propri clienti che abbiano sottoscritto un contratto di conto corrente e un contratto di canalità diretta.

Premio

La somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero

La degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

Sinistro

Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Supporto durevole

Qualsiasi strumento che permetta all'Aderente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Tecnica di comunicazione a distanza

Qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'impresa e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del contratto tra le parti.

Norme che regolano le Garanzie Assicurative

Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?

L'Assicuratore, nei limiti ed alle condizioni di cui all'art. 5, riconosce all'Assicurato le seguenti coperture:

- "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", ossia una copertura per le Lesioni derivanti da Infortunio;
- "INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO", ossia una copertura per l'IP derivante da Infortunio;
- "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PERINFORTUNIO EMALATTIA", ossia una copertura per le ipotesi di Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio o Malattia;

Le garanzie sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e costituiscono insieme il Pacchetto Assicurativo "Salute", a cui i clienti della Contraente potranno aderire in relazione ad eventi che occorrono a sé - Copertura "OPZIONE SINGOLO" - ovvero anche al Nucleo Familiare - Copertura "OPZIONE NUCLEO" - mediante un unico atto di adesione.

Art. 2. Chi si può assicurare?

Può aderire alla copertura ed è assicurabile la persona fisica che, all'atto dell'adesione, sia titolare di un conto corrente presso la Contraente ed abbia un'età compresa tra 18 e 64 anni.

In caso di adesione alla Copertura "OPZIONE NUCLEO", la copertura assicurativa si estende agli eventi che occorrono ai componenti il Nucleo Familiare dell'Aderente, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- per tutti i componenti il nucleo familiare: la presenza, al momento del Sinistro, nello stato di famiglia dell'Aderente stesso;
- per il solo coniuge convivente o il convivente more uxorio: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, compresa tra 18 ed 64 anni;
- per i soli figli conviventi: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, non superiore a 24 anni e un'età, al momento del Sinistro, superiore ad 1 anno compiuto.

Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?

3.1 - Condizioni al momento della stipulazione

L'assicurazione può essere conclusa se, al momento dell'adesione:

- l'Aderente/Assicurato ha il proprio domicilio abituale/residenza in Italia;
- l'Aderente/Assicurato non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

3.2 - Condizioni in corso di Assicurazione

L'assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata l'Aderente/Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale/residenza in Italia

L'Aderente/Assicurato si obbliga a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte. Se l'Aderente/Assicurato non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale/residenza dell'Aderente/Assicurato.

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati

(ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;

- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA).

Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?

L'adesione al contratto avviene sul sito web della Contraente accedendo all'area personale e privata dell'Aderente/Assicurato e sottoscrivendo in forma elettronica il Modulo di adesione alla Polizza tramite i codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password).

Art. 5. Quali sono le prestazioni?

5.1 - Indennità da Infortunio

a. Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è la Lesione derivante da Infortunio, purché si tratti di una delle Lesioni indicate nella tabella allegata alle presenti Condizioni (Allegato A).

b. Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Indennità nella misura fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di Lesione indicata nella tabella allegata (Allegato A).

Qualora un singolo evento Infortunio determini un politraumatismo, caratterizzato da più Lesioni, l'Assicuratore liquiderà l'importo risultante dalla somma delle singole voci di Lesione riportate in tabella, nei limiti del **Massimale di Euro 100.000,00**.

Con riferimento alla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa, la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, **è limitata a n. 2 Sinistri e non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IP DA INFORTUNIO", **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00 ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Qualora l'Assicuratore abbia già liquidato la prestazione prevista dalla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e, successivamente, in conseguenza del medesimo evento che ha dato origine al Sinistro, si accerti che è insorta una Invalidità Permanente in misura pari o superiore a 67%, **verrà corrisposta all'Aderente la differenza tra quanto già liquidato nel corso dell'annualità in forza della garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", e la somma di Euro 100.000,00**.

Tale Sinistro verrà quindi considerato "IP DA INFORTUNIO" e non più "INDENNITÀ DA INFORTUNIO".

5.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

a. Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è l'Invalidità Permanente a seguito di Infortunio in misura pari o superiore a 67%, da valutarsi in base al DL 38 del 23.02.2000 INAIL e successive modifiche.

b. Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Prestazione pari ad Euro 100.000,00. Tale Prestazione è dovuta solo a seguito dell'accertamento dei postumi permanenti (cioè a stabilizzazione avvenuta del quadro clinico) causati dall'Infortunio verificatosi nel corso di polizza, **e comunque entro 18 mesi dalla data di accadimento dall'evento lesivo**.

Con riferimento alla garanzia "IP DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00**.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "IPDA INFORTUNIO" **non potrà eccedere l'importo Massimale di Euro 100.000,00 ed è limitata a n. 2 Sinistri**.

Per tutta la durata della copertura, ivi comprese le ipotesi di tacito rinnovo, la prestazione assicurativa relativa



alla garanzia "IP DA INFORTUNIO" potrà essere liquidata una sola volta per l'Aderente ed una sola volta per ciascuno dei componenti il Nucleo Familiare. L'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 67% dovrà configurarsi in conseguenza di un singolo evento infortunante e non verrà calcolata sulla base dei postumi complessivi derivati da eventi o Sinistri verificatisi in annualità diverse.

5.3 - Diaria da Ricovero Ospedaliero per Infortunio e Malattia

a. Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e/o Malattia.

b. Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 2 giorni.

c. Periodo di Carenza

Per il ricovero a seguito di Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza di 30 giorni.

d. Prestazione assicurativa

L'Assicuratore, per il periodo di Ricovero Ospedaliero, liquida una Indennità pari ad Euro 40,00 al giorno.

Con riferimento alla garanzia "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA", la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato per ciascuna annualità assicurativa, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, **è pari ad un massimo di Euro 2.400,00, corrispondenti a 60 giorni di Ricovero Ospedaliero.**

Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a. dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende;
- b. sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- c. azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- d. infortuni già verificatisi, malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- e. interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;
- f. cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;
- g. sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- h. infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;
- i. infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- j. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- k. infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- l. infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- m. infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
- n. infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;



o. infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, heli-ski, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;

p. ogni lesione non riportata nell'Allegato A;

q. interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortuni o verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;

r. ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;

s. ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, check up di medicina preventiva;

t. ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).

Si precisa che ai fini dell'operatività della garanzia "IP DA INFORTUNIO" non verranno considerati i postumi permanenti conseguiti a stati patologici pregressi (da Malattia o Infortunio).

Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 Quando iniziano e quanto durano?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza così come riportato nel Modulo di Adesione, a condizione che il primo addebito del Premio (costituito da tre rate di Premio mensili), che avverrà 2 mesi dopo la Data di Decorrenza vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di pagamento di quanto dovuto.

In caso di sinistro denunciato prima della data di addebito del Premio, il pagamento della Prestazione è subordinato all'immediato addebito andato a buon fine delle rate di Premio scadute. E' fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di recesso.

In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora l'Assicuratore, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il primo addebito o la rata mensile di Premio sono scaduti, non agisce per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese.

7.2 Quando si rinnovano?

Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta. La disdetta può essere inviata dall'Assicurato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante lettera raccomandata A/R con ricevuta di ritorno da inviarsi a:

Cardif - Back Office Protezione - Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

email: lineapersone@cardif.com

ovvero compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente (farà fede la data di sottoscrizione apposta sul modulo).

Il diritto di disdetta può altresì essere esercitato sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Aderente, tramite l'inserimento dei codici personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura di disdetta.

7.3 - Quando cessano?

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno di età dell'Aderente;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza mensile successiva fatta salva la modifica di tale conto con altro intrattenuto presso la Contraente;
- in caso di decesso dell'Aderente;
- se l'Aderente/Assicurato perde il domicilio abituale o residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio o residenza.



Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative?

Per tutte le coperture assicurative, Beneficiario delle Prestazioni è l'Assicurato.

Art. 9. Ci sono limiti alle prestazioni della Compagnia?

Oltre ai massimali previsti all'Art. 5, la Compagnia applica in taluni casi anche Franchigie e Scoperti, secondo quanto indicato per ciascuna Garanzia Assicurativa al suindicato Art. 5.

Art. 10. Quali sono i Massimali?

Alle Garanzie Assicurative si applicano Massimali, limiti, Scoperti e Franchigie, indicati all'Art. 5.

Art. 11. Come si calcola e come si paga il Premio?

Il premio è unico annuale anticipato, ed è indicato sul Modulo di Adesione; si intende comprensivo dell'imposta di assicurazione in misura pari al 2.50% dei premi imponibili. Il premio annuale può essere, a scelta dell'Aderente, frazionato in rate mensili.

Il pagamento del Premio avverrà mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.

Il primo addebito del premio è effettuato 2 mesi dopo la Data di Decorrenza. In caso di premio frazionato tale addebito avrà ad oggetto 3 rate di premio.

Art. 12. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?

La Compagnia si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo qualora, valutando i dati statistici di riferimento, venga accertato un andamento tecnico negativo della Polizza.

Le variazioni di premio verranno applicate al momento del rinnovo annuale della copertura.

La Compagnia invierà all'Assicurato la comunicazione di variazione del Premio con preavviso di 60 giorni, rispetto alla scadenza annuale della copertura. L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura alla scadenza annuale. Il recesso deve essere comunicato all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della copertura con le modalità indicate all'art. 7.2.

Art. 12.1 – Bonus rinnovo

Qualora, entro 30 giorni dalla data di scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Compagnia non abbia confermato all'Assicurato l'accettazione di alcun sinistro durante l'annualità medesima, quest'ultimo, in caso di rinnovo, avrà diritto ad un mese gratuito di copertura.


Ogni conferma posteriore al termine anzidetto verrà computata con riferimento all'annualità successiva.

Art. 13. Dove valgono le Garanzie Assicurative?

Le Garanzie Assicurative valgono in tutto il mondo.

Art. 14. Si può recedere dall'Assicurazione?

14.1 Recesso dell'Aderente

 L'Aderente può recedere dalla Polizza entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza telefonando al numero +39 060.060 oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

Fax: 02 30329809

email: lineapersone@cardif.com

ovvero compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente (farà fede la data di sottoscrizione apposta sul modulo). Il diritto di disdetta può altresì essere esercitato sul sito web della Contraente nella sezione dedicata al prodotto dell'area personale e privata dell'Aderente, tramite l'inserimento dei codici



COME RECEDERE



personali PIN (Personal Identification Number) e OTP (One Time Password) nella relativa procedura di disdetta. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione.

In caso di sinistro avvenuto durante il periodo in cui è possibile esercitare il diritto di recesso, il pagamento della Prestazione è subordinato all'addebito andato a buon fine delle rate di Premio relative al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Qualora l'Aderente successivamente al sinistro eserciti il diritto di recesso, fermo il riconoscimento dell'indennizzo, se dovuto, l'Assicuratore tratterà la parte di Premio comprensivo delle imposte, relativo al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto.

In caso di recesso, la Compagnia provvede a rimborsare il Premio versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.

Art. 14.2 Recesso della Compagnia

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Aderente sul Modulo di Adesione o a quello eventualmente diverso comunicato nel corso del rapporto. La Compagnia può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, l'Aderente/Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso. In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

Art. 15. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

Fermo quanto previsto all'Art. 3.2, L'Aderente/Assicurato si obbliga a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

Art. 16. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

Oltre agli obblighi previsti da altre clausole delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato deve sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici chiesti dalla Compagnia, darle ogni relativa informazione e inviarle la documentazione medica del caso.

Art. 17. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 18. Come comunicare con la Compagnia?

Tranne che per il recesso (art. 14), per i sinistri (art. 24), per i reclami (art. 26) e per la Privacy (art. 27), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

email: servizioclienti@cardif.com

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato ovvero qualora l'Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.

La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al



COME COMUNICO
CON LA
COMPAGNIA



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

primo accesso in occasione della registrazione.

Art. 19. Cosa fare in caso di altre garanzie assicurative per il medesimo rischio?

Le Garanzie Assicurative possono cumularsi con quelle di altre polizze stipulate per gli stessi rischi. Il Contraente e l'Assicurato possono non comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per gli stessi rischi, ma in caso di **Sinistro devono comunque darne avviso a tutte le imprese di assicurazione interessate, indicando a ciascuna il nome degli altri assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile. Se volontariamente non lo fanno, la Compagnia può rifiutarsi di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione.**

Art. 20. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?

No, l'Assicurato non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dall'Assicurazione.

Art. 21. Oneri

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Futuri cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 22. Quale legge si applica?

Si applica la legge italiana per tutto quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 23. Qual è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione dell'Assicurazione e/o delle Garanzie Assicurative, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente, Assicurato e/o avente diritto.

[Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio.


Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro; è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, senza alcuna formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi contestazione o impugnazione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Viene redatto un verbale in doppia copia, uno per ognuna delle parti, con i risultati delle decisioni arbitrali. Le parti possono comunque rivolgersi al giudice. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.]

Gestione del Sinistro

Art. 24. Come si denuncia un Sinistro?

 In caso di Sinistro, si raccomanda all'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77224686 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif scrivendo a mezzo posta o tramite email ai seguenti recapiti:

**Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri - Casella Postale 421
20123 Milano (MI)**

email: documentisinistriprotezione@cardif.com

L'Assicurato dovrà consegnare a Cardif Assurances Risques Divers tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO



necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. La Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritenga necessaria per la corretta valutazione del Sinistro.

In particolare, salvo eventuali integrazioni richieste dall'assicuratore, i documenti necessari per le garanzie assicurate sono i seguenti:

- denuncia scritta del sinistro;
- copia del documento d'identità dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria (ad esempio verbale di pronto soccorso) e strumentale (ad esempio: Rx, ecografia, TAC, RMN) comprovante la lesione, completa di indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché di una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;
- lettera di dimissione e copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero;
- stato di famiglia (per le coperture riguardanti l'intero nucleo familiare).

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della Compagnia stessa.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

In ogni caso, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni solo previo incasso dei premi dovuti.

Art. 25. Quando sarà pagato l'indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo avere ricevuto tutta la documentazione che è stata richiesta, comprese eventuali integrazioni.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- in Euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nello Spazio Economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dello Spazio Economico Europeo.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Reclami

Art. 26. A chi inviare un eventuale reclamo?

26.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle Garanzie Assicurative o sulla gestione dei Sinistri), devono essere inviati via posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail reclami@cardif.com

fax 0277.224.265

Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il webform presente sul sito internet della Compagnia:

www.bnpparibascardif.it

La Compagnia deve rispondere entro 45 giorni da quando riceve il reclamo.

Se chi invia il reclamo non si ritiene soddisfatto della risposta ricevuta o se la Compagnia non risponde nel termine di 45 giorni, si può inviare il reclamo all'IVASS, con copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale risposta di quest'ultima, secondo le modalità previste al seguente Art. 26.3.

26.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito l'Assicurazione o la violazione di norme cui è soggetto l'intermediario (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e consegnata dallo stesso intermediario al Contraente.

L'intermediario deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, quest'ultimo può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate, allegando il reclamo e l'eventuale risposta dell'intermediario.

26.3 Reclami all'IVASS

I reclami che riguardano la violazione della normativa di settore devono essere inviati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

In ogni caso, per la stesura del reclamo è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia (www.bnpparibascardif.it - sezione dedicata ai reclami).

L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito:

<http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il suo nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali lei presenta il reclamo;
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.



COME FARE UN
RECLAMO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Protezione dei dati personali

Art. 27. Protezione dei dati personali

A. Base giuridica del trattamento dei dati personali

Come parte dell'Assicurazione e in qualità di titolare del trattamento, la Compagnia è tenuta ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Contraente, all'Assicurato, ovvero ai soggetti che li rappresentano, o al Titolare Effettivo (di seguito, in generale, il "Cliente"), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia è necessario per il perfezionamento e la gestione dell'Assicurazione e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati. Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati, ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

B. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali raccolti dalla Compagnia sono necessari:

(i) Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, anche tra cui:

- Adempimento di obblighi connessi all'esercizio dell'attività assicurativa;
- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

(ii) Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la prestazione dei servizi assicurativi che riguardano il Cliente;
- la gestione dei Sinistri assicurativi, la relativa liquidazione e l'esecuzione delle Garanzie Assicurative;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti della Compagnia;
- l'Assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione della Compagnia della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti Terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:
 - (i) i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;



- (ii) gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
- (iii) i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.
- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie.
- Società del Gruppo BNP Paribas.
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

(iii) Per il perseguimento di legittimi interessi della Compagnia

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

- prova del pagamento del Premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario della Compagnia o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale della Compagnia attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
- personalizzazione dell'offerta della Compagnia dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
 - miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
 - promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo del Cliente.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

- segmentando i potenziali e gli attuali clienti della Compagnia;
- analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che la Compagnia rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web della Compagnia, ecc.);
- condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è - o diventerà - cliente di un'altra società del Gruppo; e
- incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che la Compagnia già tratta su di lui (es. la Compagnia potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).
- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso.

C. Categorie di destinatari dei dati personali Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari



- alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge;
- società del Gruppo BNP Paribas.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

D. Modalità del trattamento

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori della Compagnia autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto della stessa Compagnia, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso Paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragruppo). Per richiedere una copia di tali garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta scritta ai recapiti di seguito indicati.

E. Diritti dell'interessato

Il Cliente ha i seguenti diritti:

- diritto di accesso: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- diritto di rettifica: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- diritto alla cancellazione: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- diritto alla limitazione del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- diritto di opposizione: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.
- diritto di revocare il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- diritto alla portabilità dei dati: ove legalmente applicabile, il Cliente ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito alla Compagnia o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a Terzi.

F. Contatti

Se il Cliente desidera ricevere informazioni più dettagliate sul trattamento dei suoi dati personali effettuato alla Compagnia, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: www.bnpparibascardif.it (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che la Compagnia, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuta a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati della Compagnia) a mezzo e-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

data.protection.italy@cardif.com

P.za Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione. In



conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

G. Dati sensibili

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un Sinistro, la Compagnia può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni alla Compagnia necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas. Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dalla Compagnia e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione dell'Assicurazione. Quando il Cliente compila il Questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del Premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le Malattie che riguardano il Cliente o gli incidenti subiti in passato). Sulla base delle risposte del Cliente, può essere emessa un'offerta assicurativa. Il Premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale della Compagnia, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza Collettiva Salute n.5258/02

GARANZIA "INDENNITA' DA INFORTUNIO"

L'Assicurato viene sottoposto ad **intervento chirurgico per Frattura del coccige**

L'Assicuratore corrisponde all'Assicurato 2.500 Euro (TABELLA INDENNIZZI - Allegato A)

GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO"

L'Assicurato subisce un Infortunio che gli provoca un'Invalidità Permanente superiore al 67%

L'Assicuratore corrisponde una somma pari a **100.000,00 Euro**

GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO"

L'Assicurato viene investito e ricoverato per 5 giorni a causa di un Infortunio

All'assicurato sarà corrisposta una Diaria pari a 200 Euro (diaria giornaliera di 40 Euro per 5 giorni)



Tabella indennizzi - Allegato A - INDENNITA' DA INFORTUNIO

TIPOLOGIA DI LESIONE	Indennizzi
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	1.500 €
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	4.500 €
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO o MASCELLARE o PALATINO o LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.500 €
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare - non cumulabile con LEFORT II° o III°)	2.500 €
FRATTURA LEFORT II° (non cumulabile con LEFORT I° o III°)	4.000 €
FRATTURA LEFORT III° (non cumulabile con LEFORT I° o II°)	5.000 €
FRATTURA ETMOIDE o OSSO LACRIMALE o OSSO JOIDEO o VOMERE o OSSA NASALI PROPRIE	500 €
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	2.000 €
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA ARCO ANTERIORE o ARCO POSTERIORE o MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO o PROCESSI ARTICOLARI) I° VERTEBRA (C1)	7.500 €
FRATTURA CORPO o PROCESSO TRASVERSO o PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA (C2)	7.200 €
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.500 €
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII° VERTEBRA	7.500 €
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
OSSO SACRO	
FRATTURA DELLE OSSA DEL SACRO	3.000 €
COCCIGE	
FRATTURA DEL COCCIGE	2.500 €
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE o BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) o DEL PUBE	2.500 €
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6.000 €
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA STERNO	2.500 €
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	500 €
ARTO SUPERIORE (DESTRO o SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	1.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE o SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	5.000 €
FRATTURA EPIFISI DISTALE o INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	4.500 €
AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA o PROCESSO STILOIDEO o	4.000 €



<u>TIPOLOGIA DI LESIONE</u>	<u>Indennizzi</u>
INCISURA ULNARE)	
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE o CAPITELLO o COLLO o CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	3.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO o PROCESSO CORONOIDEO o INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	3.000 €
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1.000 €
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	7.000 €
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	2.000 €
FRATTURA DEL CARPO (PER CIASCUN OSSO - ESCLUSO LO SCAFOIDE)	200 €
FRATTURA I° METACARPALE	1.500 €
FRATTURA II° o III° o IV° o V° METACARPALE	200 €
FRATTURA DITA	
POLLICE (FALANGE PROSSIMALE e/o FALANGE DISTALE)	5.000 €
INDICE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	4.000 €
MEDIO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
ANULARE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
MIGNOLO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.000 €
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA	14.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	12.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE PATELLECTOMIA TOTALE	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE OSTEOSINTESI e CERCHIAGGIO DI ROTULA	1.000 €
PERDITE ED USTIONI	
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	15.000 €
CECITA' MONOCULARE	7.500 €
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.500 €
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3.000 €
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500 €
PERDITA ANATOMICA DI DUE TESTICOLI	8.000 €
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15.000 €
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPorea	20.000 €
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	3.500 €
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEI TENDINI DI CIASCUN DITO DELLA MANO	2.000 €
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE	4.000 €
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata strumentalmente)	2.000 €
LUSSAZIONE DEL CERCINE GLENO-OMERALE (Documentata strumentalmente)	3.500 €
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE GOMITO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE MCF o IF 2° o 3° o 4° o 5° DITO DELLA MANO (evidenziata strumentalmente)	500 €
LUSSAZIONE MCF o IF POLLICE (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF DELL'ALLUCE (Documentata strumentalmente)	2.500 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF II° o III° o IV° o V° DITO DEL PIEDE (Documentata strumentalmente)	200 €
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE e/o POSTERIORE e/o DEL PIATTO TIBIALE (Documentata strumentalmente)	6.000 €
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA e/o DEI MENISCHI (Documentata strumentalmente)	500 €



<u>TIPOLOGIA DI LESIONE</u>	<u>Indennizzi</u>
LESIONE TENDINE ROTULEO (Documentata strumentalmente)	3.000 €
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (Documentata strumentalmente)	4.000 €
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE AL TERZO SUPERIORE o TERZO MEDIO DI BRACCIO	40.000 €
AMPUTAZIONE DI UNA MANO o DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	30.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	25.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	18.000 €
AMPUTAZIONE 2 DITA	8.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	9.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI INDICE	5.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI MEDIO	3.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI ANULARE o MIGNOLO	1.500 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI INDICE	4.000 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI MEDIO	2.700 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI ANULARE o MIGNOLO	1.200 €
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DI POLLICE	7.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DI CIASCUNA DELLE ALTRE DITA	1.500 €
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE DI COSCIA (al di sopra della metà di coscia o al di sopra di ginocchio)	40.000 €
AMPUTAZIONE TOTALE oppure OLTRE I DUE TERZI PROSSIMALI DI GAMBA (al di sotto del ginocchio)	35.000 €
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE DISTALE	30.000 €
PERDITA DI UN PIEDE	30.000 €
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	15.000 €
PERDITA DELL'ALLUCE	8.000 €
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	4.000 €
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	200 €

